

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

aktuelle Adresse: _____

Angaben zum Doktorandenvertrag

Vom Promotionsausschuss angenommen am: _____

Akademischer Grad: Dr. med. Dr. med. dent. Dr. rer. medic.

Arbeitstitel: _____

Betreuer*in: _____ (falls vorhanden)
Zweitbetreuer*in: _____

Kurze Begründung:

Antragsteller*in

Ort, Datum, Unterschrift

Betreuer*in

(falls vorhanden)
Zweitbetreuer*in

Ort, Datum Unterschrift & Einrichtungsstempel

Ort, Datum Unterschrift & Einrichtungsstempel

Bestätigung des Promotionsausschusses

Ort, Datum apl Prof. Dr. Andreas Wienke
Vorsitzender des Promotionsausschusses